

CONHECIMENTO DO DIABETES TIPO 2 E RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Sandra Araújo da Silva

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Sergio Henrique de Souza Alves

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Resumo

O Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 pode ser prevenido e controlado desde que a pessoa faça algumas adaptações em seu estilo de vida. O conhecimento do paciente frente a doença pode contribuir com a baixa adesão ao tratamento, ou seja, não seguir as recomendações passadas pela equipe de saúde. O objetivo deste estudo foi relacionar o conhecimento do participante sobre o DM tipo 2 e comportamento de adesão ao tratamento. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com cinco diabéticos que responderam a uma entrevista semiestruturada. Após realizada uma análise de conteúdo observou-se que a comunicação do diagnóstico não foi considerada fator de não adesão. Os participantes conseguiram promover mudanças em costumes cristalizados há algum tempo sem alto custo de resposta e apresentaram comportamento de adesão para autocuidado, por exemplo: exercícios físicos e uso de medicação. Em contrapartida, observou-se baixa adesão para seguir dieta alimentar prescrita por profissional de saúde.

Palavras-chave: diabetes tipo 2; adesão ao tratamento; conhecimento da doença.

KNOWLEDGE ABOUT TYPE 2 DIABETES AND ITS RELATIONSHIP WITH THE ADHERENCE TO TREATMENT

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) type 2 can be prevented and controlled as long as the person makes some adjustments in their lifestyle. The knowledge of the patient regarding their condition can contribute with low adherence to treatment that is, not to follow the recommendations passed by the health team. The objective of this study was to relate the participant's knowledge about type 2 DM and treatment adherence behavior. Five patients were asked to take part in a qualitative investigation in which they answered a semi-structured interview. A content analysis was performed and it was observed that the communication of the diagnosis was not considered a non-adherence factor. Participants were able to promote changes in crystallized customs for some time without a high cost of response and they presented adherence behavior for self-care, for example: physical exercises and medication use. On the other hand, there was low adherence to follow the diet prescribed by health professionals.

Keywords: Diabetes type 2; adherence to treatment; knowledge of the disease.

CONOCIMIENTO DEL DIABETES TIPO 2 Y RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Resumen

La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 puede prevenirse y controlarse siempre que la persona realice algunos ajustes en su estilo de vida. El conocimiento del paciente contra la enfermedad puede contribuir a una mala adherencia al tratamiento, o sea, que no siguen las recomendaciones aprobadas por el equipo de salud. El objetivo de este estudio fue relacionar los conocimientos de los participantes de la DM tipo 2 y el comportamiento de la adherencia al tratamiento. Se realizó una investigación cualitativa con cinco diabéticos que respondieron a una entrevista semiestructurada. Después se llevaron a cabo análisis de contenido y reveló que la notificación del diagnóstico no se consideró factor de no adherencia. Los participantes fueron capaces de hacer cambios en las costumbres cristalizados durante algún tiempo sin respuesta costoso y mostraron comportamientos de adhesión para el cuidado personal, por ejemplo, el ejercicio y la medicación. Por otra parte, se observó una baja adherencia a seguir la dieta prescrita por un profesional de la salud.

Palabras clave: diabetes tipo 2; la adherencia al tratamiento; conocimientos de la enfermedad.

INTRODUÇÃO

O diabetes tipo 2 surge como resultado da relação de fatores hereditários e ambientais e que podem estar associados ao envelhecimento populacional e a um estilo de vida não saudável, com baixa frequência de atividade física, obesidade e alimentação inadequada. Estas características impulsionam o aumento do diabetes mellitus tipo 2 em todo o mundo, estimando-se que em 2030 a população mundial de diabéticos chegue a 300 milhões (Gil, Haddad, & Guariente, 2008; Grilo, Sousa, & McIntyre, 2008; Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2009).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e vem se sobressaindo devido às suas complicações, chegando a ser considerada como um problema de saúde pública e uma das maiores causas de mortalidade no mundo (American Diabetes Association [ADA], 2012). Na maioria das vezes, o indivíduo sujeito descobre a enfermidade através de exames e consultas de rotina. Em razão disso, a doença é conhecida como silenciosa devido à falta de manifestação de sintomas em parte dos diabéticos (Grillo & Gorini, 2007; Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt, & Azevedo, 2002).

No DM tipo 2 o pâncreas produz insulina, porém em quantidade insuficiente. Esse tipo de doença costuma atingir com mais frequência em pessoas acima de 30 anos, obesas ou com excesso de peso, embora estejam incluídas neste quadro também crianças com obesidade. Dessa forma, pode se inferir que o surgimento do diabetes tipo 2 esteja associado aos novos modos de vida moderna caracterizando pelo exagero de calorias e sedentarismo (ADA, 2012).

Segundo Tavares, Barreto, Lodetti, Silva e Lesmann (2011), a descoberta de uma enfermidade origina diversas percepções, fazendo com que a pessoa se comporte de diferentes maneiras. Alguns chegam a percebê-la como desafio e

mantém o controle da doença. Outros enfrentam a enfermidade como problema, o que ocasiona sofrimento e inadequações emocionais decorrentes da necessidade de se mudar o estilo de vida em vigor.

A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization - WHO, 2003) define a adesão ao tratamento como: "(...) extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações acordadas com a equipe de saúde" (p. 3). Silveira, Resende, Filho e Pereira (2010) explicam que a adesão ao tratamento é classificada como uma decisão diária do indivíduo em seguir recomendações necessárias para um melhor convívio e controle da doença. No entanto, o tratamento para diabéticos tipo 2 exige, no início, modificações da rotina da pessoa no que se refere a hábitos alimentares.

A literatura aborda vários fatores relacionados com a adesão dentre dos quais pode-se destacar o conhecimento e entendimento do que é o Diabetes e seu tratamento, o comportamento de familiares, amigos e colegas de trabalho frente à doença, a relação com os profissionais de saúde envolvidos, a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde e medicamentos, tempo com a doença, a ausência de sintomas, as crenças etc. As crenças, por exemplo, podem interferir na adesão quando o paciente deixa de seguir o tratamento proposto pela equipe de saúde por acreditar que sua crença religiosa vai melhorar o seu quadro. Assim como a qualidade da rede de apoio é fundamental para a adesão uma vez que como a família compreende a doença e o tratamento vai repercutir na adesão do paciente (Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011; Costa, Balga, Alfenas, & Cotta, 2011; Gherman et al., 2011).

Além desses fatores, Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) esclarecem que a maneira como o indivíduo percebe a doença e os sentidos e significados que atribui a ela podem contribuir com a baixa adesão ao tratamento, provocando alguns conflitos emocionais. A ausência de sintomas é considerada como um fator importante na baixa adesão. Alguns diabéticos precisam ver algo acontecer no corpo para tomarem medidas de autocuidado e ao seguirem o plano alimentar ocorre um conflito que envolve a limitação do prazer de comer e beber, da liberdade, o que atinge o conceito de se alimentar em todos os seus significados (Espírito Santo, Souza, Souza, Ferreira & Taitson, 2012)

Segundo Assunção e Ursine (2008), para ocorrer a adesão do tratamento é necessário que a pessoa receba informações e esclarecimentos acerca da doença, bem como que implemente modificações em sua alimentação e se proponha a praticar exercícios físicos com frequência. Além disso, é preciso que aceite a medicação e faça o uso de forma adequada. Ou seja, é necessário que a pessoa entenda o tratamento apresentado por profissionais de saúde compreendendo que o suporte dado por eles é limitado, e que precisa se manter ativo no processo, incorporando o tratamento em seu estilo de vida.

A prática de exercícios físicos de forma regular é um importante adicional para o tratamento e vem sendo indicada por profissionais da área, pois além dos benefícios que proporcionam à saúde, auxiliam no emagrecimento para pessoas acima do peso, diminuem os riscos de doenças cardiovasculares, ajudam no controle glicêmico diminuindo a necessidade de hipoglicemiantes (SBD, 2007).

Estudos vem apontando que o tratamento farmacológico não é mais efetivo do que mudanças no estilo de vida. Sendo assim, as políticas de prevenção em diabetes demonstram que atividade física frequente e perda de peso apresentam vantagens a saúde, como a diminuição do risco cardiovascular (SBD, 2007).

No entanto, o que ocorre segundo Delamater (2006, citado por Boas, Foss, Freitas, Torres, Monteiro & Pace, 2011), é que algumas pessoas desempenham de forma eficaz algumas sugestões e ignoram outras. Já Costa et al. (2011) afirmam que quando o portador de diabetes se percebe como principal responsável por seu tratamento e segue as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, tem melhoras significativas e corre menos riscos em relação às complicações da doença.

Nesse sentido, se faz necessário refletir acerca da adoção de estratégias individuais baseadas em aspectos subjetivos de cada diabético, para que desta forma o suporte de profissionais da área da saúde possa ter compatibilidade com valores, opiniões, expectativas e objetivos de cada pessoa frente às possibilidades de alcançar as modificações necessárias.

Diante do exposto, observa-se a importância de conhecer as mudanças ocorridas no modo de vida dos diabéticos bem como os sentidos que eles atribuem a dieta e ao exercício físico como parte do tratamento e suas implicações na adesão ao tratamento não medicamentoso. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relacionar o conhecimento que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 tem sobre a doença e comportamento de adesão ao tratamento.

MÉTODO

Utilizou-se do método qualitativo para desenvolvimento da pesquisa. Para Minayo (2014), o método qualitativo unifica a questão da significação e da intencionalidade como essencial aos atos, sendo que as inclusões e as construções sociais, tanto no seu começo, quanto na sua modificação, são constituições humanas significativas. Mediante a observação qualitativa, pode-se identificar o ser humano, sua maneira de se relacionar com o meio, as influências que fatores sociais e culturais exercem em seu modo de atuar e também refletir, levando em consideração crenças, valores e sua visão de mundo.

Participantes

Participaram da pesquisa cinco pessoas, sendo três mulheres e dois homens. Dentre as mulheres, uma era casada e duas separadas e os dois homens eram casados. Todos os participantes eram residentes no Distrito Federal, com idade acima de 49 anos, quatro com nível de escolaridade superior e um com ensino médio completo. O tempo de diagnóstico foi de 02 a 45 anos. Todos os entrevistados fazem uso de medicamentos para diabetes tipo 2, mas nenhum dos entrevistados faz uso de insulina. Os participantes foram identificados por números (P1, P2, P3, P4, P5) como forma de manter o anonimato. A Tabela 1 apresenta as características dos participantes.

Tabela 1. Características dos participantes referentes ao sexo, idade e tempo de diagnóstico.

Participantes	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico
Participante 1 (P1)	Masculino	70	14 anos
Participante 2 (P2)	Masculino	55	19 anos
Participante 3 (P3)	Feminino	49	18 anos
Participante 4 (P4)	Feminino	51	02 anos
Participante 5 (P5)	Feminino	75	45 anos

Instrumentos

A coleta das informações foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada contendo 16 perguntas, relacionadas aos seguintes tópicos: diagnóstico, dieta alimentar, exercício físico e adesão ao tratamento.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, código CAAE 48092915.2.0000.0023, por meio do Parecer 1.222.385. Os participantes foram recrutados via amostra de conveniência e previamente contatados por meio de ligação telefônica. Na ocasião, os propósitos da pesquisa foram explicitados, e solicitou-se data e horário para agendamento de entrevista que foi realizada no domicílio de cada participante. No dia agendado o pesquisador apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que após lido e assinado deu início as entrevistas que foram gravadas e tiveram duração de aproximadamente 40 minutos.

Análise das entrevistas

Para a análise das informações, utilizou-se a técnica Análise de Conteúdo Temática, que para Minayo (2014) se organiza nas seguintes etapas: a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Partindo deste princípio, as informações obtidas por meio das entrevistas foram transcritas e logo após realizada uma leitura flutuante – que segundo Minayo (2014), “consiste em tomar contato exaustivo como o material

para conhecer seu conteúdo” – para organização e apresentação dos resultados. Após a leitura de acordo com as temáticas e pelo que foi dito por cada participante, iniciou-se a categorização das informações. A partir da análise de conteúdo, surgiram as seguintes categorias de análise: reação frente ao diagnóstico e seu impacto no cotidiano, conhecimento acerca da doença e adesão a um estilo de vida e adesão medicamentosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria 1 - Reação frente ao diagnóstico e seu impacto no cotidiano

Todos os entrevistados descobriram que estavam com essa patologia após completar 30 anos de idade, o que vai ao encontro com estudos que comprovam que 11% da população brasileira acima de 40 anos de idade é portadora de DM tipo 2, conforme apresentado por Torres, Pace e Stradioto (2010). O tempo de diagnóstico dos entrevistados varia entre 02 a 45 anos de convivência com a doença.

Por tratar-se de uma doença silenciosa e sem manifestação de sintomas, alguns indivíduos não percebem o diabetes como doença, o que acaba impedindo que a pessoa entenda a necessidade de promover mudanças em sua vida (Grillo & Gorini, 2007; Gross et al., 2002). Segundo Kluber-Ross (2012), os processos de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação são estágios pelos quais as pessoas passam na fase final de suas vidas ou em situações de perda como o diagnóstico de uma doença. A partir da análise dos relatos referentes ao diagnóstico da doença, foi possível observar que os participantes P1, P3, P4 E P5 reagiram de maneira semelhante ao receber a notícia de que estavam com diabetes, aparentando um certo conformismo ou aceitação frente ao diagnóstico, como evidenciado a seguir:

P1 - Para mim não fez diferença nenhuma quando o médico me disse que estava diabético.

P3 - Para falar a verdade, eu não dei muita importância...

P4 - Na hora me preocupei, mas depois foi a mesma coisa de nada...

P5 - Não tive problema nenhum não, minha mãe era diabética e tinha irmãs diabéticas e eu via que ela levava uma vida normal sem nenhum problema só com restrição de alguns alimentos, não me choquei não.

Apesar de a maioria dos participantes apresentarem comportamentos similares, observa-se que existe uma singularidade na forma de se perceber perante ao diagnóstico, ou seja, o indivíduo ao receber a notícia que tem uma doença crônica pode apresentar diversos sentimentos e reações, pois a enfermidade pode ser percebida como problema que ocasiona sofrimento e

inadequações emocionais decorrentes da necessidade de se mudar o estilo de vida, conforme destacado no relato do P2.

P2 - É aquele negócio, psicologicamente é uma coisa meio complicada... tenho uma cabeça muito boa em relação a isso, mais a aceitação disso é muito complicada, demorei muito tempo, digo anos para poder aceitar essa situação ...

P2 - A não aceitação para gente que é mais esclarecido, é mais por causa do que os outros vão pensar por você ter diabetes. Porque assim, diabetes acarreta um monte de coisas se você não se cuidar.

Com base nos depoimentos dos participantes, pode-se afirmar que não existe uma forma linear na maneira de perceber e lidar com a doença, pois mesmo que a maioria não tenha apresentado conflitos frente à doença, o fato de um participante apresentar dificuldades de aceitação demonstra que as pessoas têm percepções distintas acerca da doença.

O Diabetes Mellitus tipo 2 é conhecida como a doença silenciosa por não apresentar sintomas iniciais, sendo lenta e progressiva o que dificulta o seu diagnóstico (Grillo & Gorini, 2007; Gross et al., 2002). Essas características apareceram nos relatos dos participantes que apontam o diabetes como uma doença silenciosa com ausência de sintomas, pois todos os entrevistados expuseram terem sido pegos de surpresa, descobriram que estavam com diabetes por meio de consultas de rotina e de exames clínicos.

P1 - O diagnóstico foi o seguinte eu vinha tratando com um cardiologista e sempre fazendo exames e ele me falou olha suas taxas estão subindo, suas taxas estão subindo está pré-diabético

P3 - Eu sempre fui uma pessoa que acompanhei minha saúde fazendo exames periódicos desde os 17 anos todos os anos, a diabetes surgiu após a minha gestação.

P4 - Eu descobri há dois anos atrás porque eu tenho Lupus há 6/7 anos mais ou menos, aí sempre que eu estou fazendo exames o médico sempre pede exames a mais e aí ele descobriu que eu estava com diabetes eu não sabia.

P5 - Eu descobri através do meu endocrinologista da época. Como sou enfermeira, eu já sabia o que eu podia comer o que não podia...

Pesquisas vêm comprovando comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 (p.ex., Gil et al., 2008; Grilo et al., 2008; SBD, 2009). Isto foi notado nas entrevistas de P1 e P4 em que, além de não apresentarem fatores hereditários que pudessem estar relacionados à doença, os participantes apresentaram enfermidades associadas ao diabetes. A participante P5, além de apresentar fatores hereditários como indicativo da doença, também apresenta outras comorbidades, coincidindo com estudos que demonstram uma forte correlação entre diabetes tipo 2 e desenvolvimento de outras enfermidades.

P1 - Além do diabetes tenho arritmia e pressão alta.

P3 - Tenho hipotireoidismo e diabetes.

P4 - Porque eu tenho Lupus há 6/7 anos mais ou menos.

P5 - Tenho Parkinson, demência moderada.

O diabetes tipo 2 vem se constituindo como um desafio, tanto para a saúde pública como para o indivíduo pois exige mudanças que estão pautadas inteiramente em um estilo de vida saudável, o que exige da pessoa mudanças de hábitos por um período de tempo indeterminado (Ministério da Saúde, 2011).

Frente ao tema como era o estilo de vida dos participantes antes do diabetes e como eles o avaliam hoje, dois participantes relataram dificuldades em fazer adaptações em seu estilo de vida referentes à alimentação e atividade física. Os relatos a seguir revelam como os participantes encararam a necessidade de promover mudanças na maneira de se alimentar, a fim de manter o nível glicêmico mais próximo do desejável:

P1 - Não houveram (SIC) muitas mudanças. Até os exercícios vieram de forma mais frequente mesmo por conta das dores no corpo que na verdade era tudo por causa da coluna, no mais não mudou continua a mesma coisa.

P1 - O mais difícil era o doce. Gostava muito de um docinho. Eu comia todos os dias, eu andava no carro com bala no carro, mas foi tudo muito tranquilo fui tirando devagar....

P4 - É o ruim é ter que tirar o doce, né. Eu sou uma formiga. Deu vontade de comer comida vou comer doce.

P5 - Sempre fui muito certinha. Ninguém precisava fazer nada para mim, nem falar nada, sempre me controlei. A diabetes eu sempre consegui controlar sem precisar de ninguém. Nunca senti nada por causa dela.

Conforme mostrado anteriormente, a maioria dos participantes relatou não ter dificuldades em modificar seu estilo de vida quanto ao quesito alimentação, pois relataram ter feito adaptações em suas dietas, reduzindo alguns itens como doces, bebidas alcoólicas, quantidades de alimentos, demonstrando um comportamento contrário do que vem sendo apontado pela literatura que aponta que a adesão não medicamentosa é menor que a medicamentosa. Nessa perspectiva, conforme apontado por Casseb, Malcher-Bispo e Ferreira (2008), adaptar-se a um plano alimentar é um dos principais objetivos para o tratamento do diabetes tipo 2. No entanto, pesquisas como a de Espírito Santo et al. (2012) comprovam a dificuldade permanente do indivíduo em aderir à dieta recomendada.

Categoria 2 - Conhecimento acerca da doença e adesão a um estilo de vida

O tratamento do diabetes tipo 2 envolve a elaboração de dieta adequada com restrição de açúcar, carboidratos, proteínas e gordura, além de atividade física regular. Desta forma, percebe-se que são necessárias mudanças no estilo de vida. Tais estratégias de cuidado precisam ser colocadas em prática durante todo o tratamento para obtenção de um bom controle metabólico (ADA, 2012).

Informações de como promover autocuidado a partir do diagnóstico são fundamentais para que ocorram mudanças no estilo de vida. Ao serem questionados quanto às orientações recebidas acerca do controle da doença, todos os participantes disseram ter recebido informações necessárias em relação à sua saúde e de como proceder a partir daquele momento.

P1 - Recebi do próprio cardiologista as orientações do que eu deveria comer e o que eu não deveria comer. Bebida alcoólica diminuí total. Não tomar cerveja de jeito nenhum. Ele disse que quando você toma a cerveja ela vai para veia como o açúcar. A cerveja é pior do que comer doce.

P2 - Quando peguei meus exames, que no caso era um hemograma completo, eu procurei o médico. Na verdade, um parente meu que é clínico geral e ele já me deu as primeiras pinceladas de que a diabetes pode causar. Ele me mandou procurar um endocrinologista. Foi o que eu fiz. Aí constatou realmente que eu tinha diabetes.

P3 - Minha ginecologista me disse: olha essa é a segunda vez que fazemos exames e sua taxa de glicose está dando um percentual alterado, você vai ter que fazer uma dieta. É bom você procurar uma nutricionista, um endocrinologista. Me deu todas as orientações inclusive sobre a doença e o que poderia causar ao longo do tempo, como problemas cardiovascular, cicatrização, a questão das vistas.

P4 - Quem me deu a notícia foi meu reumatologista. E me deu algumas dicas de coisas que eu deveria comer, algumas coisas que eu deveria cortar na alimentação essas coisas assim. Ele mesmo passou a medicação com essa medicação estou bem.

P5 - Eu não precisei de ninguém não, o endócrino falou algumas coisas para mim, mas eu já sabia tudo sobre diabetes e sobre a dieta o que eu podia comer e não podia, o que diminuir e controlar.

Péres, Santos, Zanetti e Ferronato (2007) apontaram que a falta de informação, conhecimento e comunicação entre pacientes e profissionais da saúde a respeito da doença vem influenciando a baixa de adesão ao tratamento não medicamentoso, pois a maior parte dele é desempenhado pelo próprio diabético por meio deste contato com os profissionais de saúde.

Nesta pesquisa todos os participantes ao serem informados acerca da doença e como desempenhar o tratamento, adaptaram-se às orientações recebidas. Outro ponto relevante é que o tempo que vivem com a enfermidade varia entre 2 a 45 anos, o que demonstra que independentemente do tempo com a doença, a decisão em modificar o estilo de vida parte do conhecimento que a pessoa possui sobre a mesma.

Santos (2008) afirma que o comportamento alimentar faz parte da vida das pessoas e da cultura onde estão inseridas, pois o cotidiano marcado pela coexistência com uma doença crônica leva o indivíduo a caracterizar a seriedade da alimentação adequada não apenas como um controle para o diabetes, mas como condição para uma vida com mais saúde.

Ao serem questionados quanto à sua maneira de se alimentar, se aderiram a alguma dieta com a ajuda de profissional ou por conta própria, a maioria dos participantes relatou ter passado por profissionais da área da saúde que os orientaram em termos do que comer, mas que controlam sua alimentação sozinhos. Apenas o participante P3 vem fazendo acompanhamento com um médico ortomolecular. Pode-se dizer que nesta pesquisa a baixa adesão a dietas prescritas por profissionais de saúde relaciona-se com o conhecimento que os entrevistados possuem sobre o controle da doença, uma vez que eles relatam manter o DM sobre controle quando eles mesmos conduzem sua alimentação.

P1 - Eu já fui até no nutricionista, mas como eu como fora como eu vou seguir à risca se um dia eu como em um restaurante amanhã como em outro. O que eu faço como salada, bastante salada como pouco arroz, como feijão, como carne, como tudo.

P1- Então não sigo rotina alimentar. O que faço em termos de alimentação é por conta própria mesmo. Plano de dieta alimentar para mim não faz sentido nenhum. Pode ser que poderia ajudar bastante, mas eu acho que a melhor coisa disso tudo aí chama-se exercícios físicos.

P2 - Já tive nutricionista me acompanhando. O endocrinologista me orienta, mas hoje não preciso mais de nutricionista porque eu já sei qual é a minha dieta.

P3 - Só agora consegui perder peso, emagrecer e reduzir essa taxa. Estou quase chegando na taxa normal da glicose. Isso depois que eu comecei a fazer o tratamento com médico ortomolecular.

P4 - Tudo que eu faço é por minha conta e risco. Eu não fiz nenhuma dieta. Assim, eu como tudo que eu comia, só que diminuí a minha glicose é baixa mesmo. Mesmo quando eu abuso, ela vem a 110/115 eu me acompanho entendeu?

P5 - Eu nunca tive um plano de dieta alimentar não. Eu controlo fazendo a dieta, cumprindo as restrições. Plano alimentar não tem importância para mim, nunca teve na verdade.

Os relatos colocaram em evidência as diferentes reações vivenciadas por cada um dos entrevistados ao ser diagnosticado com diabetes e que, apesar de suas particularidades frente ao seu novo estado de saúde, ficou explícito que a partir do diagnóstico, com o tempo vão se adequando às novas condições. Essa adequação passa pelo conhecimento adquirido o que favorece tanto uma melhor adesão quanto também aumenta as chances de barganhas com os alimentos e os medicamentos principalmente se a diabetes for assintomática. Assim, ter as informações sobre a doença não implica em adesão uma vez que a adesão envolve vários fatores (Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011; Costa et al., 2011; Gherman et al., 2011).

Conforme Péres et al (2007), o apoio da família contribui para que a pessoa enfrente as adversidades da doença, o que auxilia a adoção de um estilo de vida que se estende às relações sociais. Dois participantes contam com o

apoio da família e os outros três desempenham todos os cuidados com a alimentação por conta própria.

P1 - A família não tem preocupação nenhuma comigo em relação à dieta alimentar porque sabem que eu controlo mesmo.

P2 - Mas aqui em casa principalmente a minha família. Elas me ajudam e também são as fiscais e é muito não é pouco, não! A alimentação daqui de casa é feita para o meu lado. O pessoal aqui em casa já é fitness. Já fica tudo mais fácil.

P3 - A minha família não deu muita importância para isso. Meu filho era pequeno e mesmo depois que cresceu continuou indiferente e meu marido também não se importou e nem se importa. Eu não tenho ajuda da minha família nesse sentido de colaborar e não comparar coisas como doce e tal.

P4 - Pois é, minha filha ela pega muito no meu pé. Ela é um palitinho assim, e quando ela me vê comendo alguma coisa fala logo: aí mãe você não pode comer isso.

P5 - Aqui em casa ninguém nunca se preocupou, nem me cobrou e cobra nada. É normal.

O que se observa por meio dos relatos, é que P2 percebe a família como suporte, tanto no preparo de sua alimentação, como no que possa vir a ingerir. Isso o auxilia na manutenção de seu estilo de vida. Já P1 e P5 cuidam a alimentação por conta própria sem nenhum tipo de intervenção familiar.

O respondente P3 faz dieta com auxílio de um médico ortomolecular, mas a família nunca demonstrou nenhum tipo de cuidado referente à doença, e relata que sua maior dificuldade é a falta de apoio familiar. O participante P4 relata que apesar de não ter problema em controlar a alimentação, gosta muito de doce e fica nervosa quando sua filha a vê comendo algo e diz que não pode.

Desta forma, percebe-se que os relatos mostram que apesar da literatura citar a família como ponto de apoio, nem todos os participantes a percebem deste modo, ou seja, o papel da família é percebido de maneira diferente para cada um dos participantes.

Azevedo e Paz (2006) relatam que os exercícios físicos são reconhecidos como parte do tratamento, em detrimento dos benefícios que proporcionam à saúde do indivíduo, pois além de aumentar a sensibilidade à insulina, melhora a tolerância de glicose no organismo. Assim como as orientações quanto a uma alimentação adequada, a importância da prática dos exercícios físicos vem sendo recomendada a pessoas com diabetes. Todos os participantes desta pesquisa relataram ter recebido essa informação de seu médico. No entanto, os informantes P4 e P5, além de saber da importância do exercício físico para o controle dos níveis de glicose, não praticam exercícios físicos com frequência, ou seja, P4 pratica com pouca frequência e P5 nunca praticou.

P4 - Seria bom se eu fizesse. O médico sempre que vou me perguntar se estou fazendo exercícios. Seria bom caminhar, tem que fazer não sei o quê.

P4 - Lá onde eu moro tem um negócio que a gente pode fazer exercícios, mas eu não posso ir todos os dias, pois nem sempre dá para ir todos os dias. Às vezes, pelo menos uma vez por semana eu vou fazer uma caminhadinha.

P5 - Nunca fiz exercício físico e nem faço. Eu só trabalhava. Hoje faço fisioterapia, mas ela não está relacionada ao diabetes.

Os relatos dos participantes P4 e P5 se assemelham a dois estudos feitos com diabéticos. O primeiro onde 84,6% da amostra não praticavam nenhum tipo de exercícios físicos, demonstrando não ter tempo para essa prática em seu cotidiano. O segundo com 66 diabéticos que passaram pela amputação de membros inferiores, 97% de sua amostra receberam informações quanto à prática de exercícios físicos antes da amputação, sendo que destes apenas 18,2% seguiam as orientações (Almeida et al., 2007; Pereira, Cardoso, & De Moraes, 2011).

Os respondentes destas duas pesquisas (Almeida et al., 2007; Pereira, Cardoso, & De Moraes, 2011), assim como P4 e P5 no presente estudo, não aderiram a exercícios físicos pela falta de informação, e sim por opção. Isso demonstra que nem sempre informações são suficientes para fazer mudanças efetivas ao estilo de vida da pessoa. A literatura aponta que a prática de exercícios físicos de forma regular é um importante adicional para o tratamento (Ministério da Saúde, 2006; São Paulo, 2011).

No presente estudo, quando foi perguntado sobre a relação de exercícios físicos com o diabetes a maioria dos participantes relatou:

P1 - Para mim o exercício físico é o melhor remédio para a diabetes até mesmo melhor do que a alimentação.

P1 - Faço duas vezes por semana pilates. Saio da minha casa e vou ao shopping caminhando. Gasto mais de uma hora e volto caminhando isso na segunda feira. Na terça-feira eu caminho. Na quarta- feira, às vezes, não dá, mas se der eu caminho enquanto der. Estou sempre caminhando. Faço meus 40 a 50 minutos de caminhada.

P2 - É uma relação direta, ou faz exercícios físicos, ou os remédios sozinhos não vão adiantar nada! Então, é intimamente ligado exercícios físicos com diabetes.

P2 - Eu parei de ir à academia, mas estou caminhando aqui no parque perto de casa. Os dias que caminho eu me sinto muito melhor claramente. Se eu não caminho, eu fico desanimado. Agora, o dia que eu caminho, não, eu fico ótimo, com sensação de bem-estar.

P3 - Olha, para mim o exercício é muito importante. Não é a parte mais difícil para mim, pois sempre pratiquei atividade física desde pequena. Meu pai era militar, e, às vezes, na pista de voo ficávamos praticando corrida.

P3- Hoje tenho retomado as minhas atividades físicas. Faço musculação e caminho e vejo que elas ajudam bastante. Então, independentemente de ter diabetes ou não, a prática de atividades físicas sempre fez parte da minha vida

Observa-se que P1, P2, e P3 praticam exercícios físicos frequentemente de acordo com suas metas pessoais, e relataram que com essa prática sentem melhora notável e sensação de bem-estar. Diversos estudos demonstram a baixa adesão aos exercícios físicos (Almeida et al., 2007; Pereira, Cardoso, & De Moraes, 2011). Esta constatação não ocorreu no presente estudo, pois a maioria da amostra pratica exercícios físicos frequentemente, e entendem que essa prática é complementar ao tratamento.

Categoria 3 - Adesão medicamentosa

Adesão ao tratamento medicamentoso tem como principal objetivo manter os níveis de glicose sobre controle, precaver sintomas, complicações posteriores acerca da doença. Além de um controle alimentar adequado, prática de exercícios físicos, o tratamento para o indivíduo com diabetes tipo 2 poderá ser medicamentoso com insulina, antidiabéticos ou associação de ambos. Os medicamentos são utilizados especialmente quando o tratamento não medicamentoso não é suficiente para deixar o nível glicêmico o mais perto do desejável (Araújo, 2014).

A partir da análise das entrevistas, foi possível observar uma boa adesão dos participantes em relação ao uso do medicamento para o controle do diabetes, sendo que todos relataram fazer uso antidiabéticos orais. Nenhum participante faz uso de insulina o que pode ser observado de acordo com os relatos abaixo:

P1 - Então tomo Galvus met, para diabetes atenolol, para arritmia e atacand para pressão.

P1 - Além do diabetes tenho arritmia e pressão alta, só que é controlada. Quando eu sinto ela assim, eu tomo logo o remedinho.

P2- Eu tomo remédios associados a esse metformina são remédios mais específicos, remédios importados, são remédios mais caros, porque é assim eu posso ter uma qualidade de vida melhor.

P3 - Passei por vários endocrinologistas tomando medicamento como o cloridrato de metformina e continuo tomando atualmente 850 gramas, mas também tomei outros Glifage XR.

P3- Tenho tireóide e diabetes. Então faço uso de metformina, cromo mineral, que repõe algumas coisas no organismo e retira a vontade de comer doce, e um percentual bem pequeno de iodo que é para tireóide.

P4- Sim de metformina um comprimido só a noite.

P5- Faço sim. Tomo Galvos 50mg

No relato de todos os participantes observou-se que seguir a medicação prescrita não apresenta nenhuma dificuldade de adaptação em sua rotina, independentemente do tempo que vão permanecer fazendo uso do medicamento. Outro fator relevante no discurso de P2 é a crença de que

remédios importados têm a capacidade de lhe proporcionar uma qualidade de vida melhor.

Gimenes, Zanetti, Otero e Teixeira (2006) apontam que existem inúmeros fatores relacionados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre eles estão: a necessidade diária do medicamento, a dúvida de sua eficácia, incômodo gerado pelos seus efeitos colaterais, ausência de sintomas, falta de informação sobre a medicação e o alto custo da medicação.

Observou-se por meio das entrevistas que todos os participantes fazem uso de medicamento prescrito em horários adequados, sem nenhum tipo de incômodo. A maioria dos participantes não se queixou da eficácia, tampouco dos efeitos colaterais ocasionados pelos medicamentos. O respondente P2 relatou que o estado fornece medicamentos, mas que ele prefere pagar um pouco mais por medicamentos importados, pois segundo ele lhe proporcionam melhor bem-estar.

Em um comparativo deste estudo com outras pesquisas com diabéticos tipo 2, pode-se observar que ter uma alimentação apropriada, praticar exercícios frequentemente e fazer uso de medicamento prescrito em horários adequados, são comportamentos que podem trazer modificações ao cotidiano da pessoa com diabetes.

No entanto, neste estudo embora dois participantes tenham relatado dificuldades em mudar seu estilo de vida ao descobrir a doença, a maioria adaptou-se às novas condições, principalmente no que se refere à adesão medicamentosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente o diabetes mellitus representa um problema de saúde pública, em função do crescimento mundial de pessoas acometidas pela doença nas últimas décadas. Esse aumento tem sido expressivo em relação ao diabetes tipo 2, forma mais comum da doença e fortemente associado ao estilo de vida moderno. Tem sido visto como um problema sério por ser tratar de um adoecimento crônico que requer inúmeros cuidados por um tempo indeterminado, gerando um ônus financeiro significativo tanto para o paciente quanto para a sociedade.

Isso ocorre especialmente quando o paciente não consegue aderir aos tratamentos necessários para o controle e manejo da doença, resultando em complicações e agravos que exigem maiores gastos com os fármacos, dependência familiar e incapacitação do paciente para as atividades de vida diária e profissionais.

Receber o diagnóstico de uma doença como o diabetes costuma causar temor, insegurança e desestabilização emocional nas pessoas, uma vez que ficam sabendo da necessidade de promover alterações em seu modo de viver. A

partir de então, seu estilo de vida precisa mudar e isso abrange uma alimentação saudável e equilibrada, realização regular de exercícios físicos, e uso prolongado de medicação, a fim controlar a glicemia e evitar possíveis complicações crônicas e agudas.

Curiosamente, para a maioria dos participantes deste estudo, descobrir que estavam com diabetes não foi algo tão assustador, possivelmente pelo fato de já terem certo conhecimento sobre a doença e pela convivência com familiares portadores do diabetes.

Embora o diabetes tipo 2 ainda seja uma doença sem cura, dispõe de tratamentos que visam manter a glicose o mais próximo do nível da normalidade. De modo geral, os pacientes demonstraram melhor adesão ao tratamento medicamentoso quando comparado ao tratamento não medicamentoso, pois este requer maior autocontrole, motivação e novas condutas.

Foi possível perceber que os participantes fazem uso correto e disciplinado dos medicamentos, atribuindo a eles uma importância muito grande para o sucesso do tratamento como um todo. Ainda que a adesão ao tratamento não medicamentoso seja percebida como algo penoso e difícil de ser feito pelos diabéticos, por meio da análise dos depoimentos, foi possível perceber que nem todos veem o enfrentamento e a convivência com a doença como algo tão ruim e complicado, já que conseguiram promover mudanças em costumes já cristalizados há algum tempo sem maiores sofrimentos.

Sabe-se que adotar uma alimentação balanceada é uma alteração complexa de ser promovida, representando um dos entraves para o controle glicêmico dos diabéticos. Contudo, os participantes deste estudo estão conseguindo adotar uma alimentação que contemple seus gostos, necessidades e sua condição socioeconômica e cultural.

Apesar de não seguirem uma dieta alimentar prescrita por um profissional de saúde, demonstraram estarem engajados em comportamentos de autocuidado, sendo estes satisfatórios para mantê-los em boa condição de saúde.

Além disso, revelaram também boa aceitação em relação à realização diária de exercícios físicos, pois entendem bem a associação entre sedentarismo, obesidade e diabetes. Sendo assim, demonstraram também boa adesão a esse aspecto do tratamento não medicamentoso.

Por fim, diante das análises das entrevistas ficou evidente que os participantes deste estudo encaram com certa leveza e otimismo os desafios impostos pela doença, ao invés de percebê-los como uma condição limitadora que gera falta de autonomia, solidão e tristeza.

Deste modo fica a sugestão da importância da participação do psicólogo na prevenção de complicações relacionadas ao DM tipo 2. Sua atuação compreende a promoção da saúde, por meio de intervenções individuais ou em grupo, com

pacientes e familiares, considerando as individualidades de cada pessoa e o contexto em que estão inseridos. Portanto o psicólogo, junto com uma equipe multidisciplinar, pode auxiliar o indivíduo no enfrentamento da doença, promover mudanças de comportamento, e sobretudo, adaptar se a novos hábitos, favorecendo a adesão ao tratamento, e, melhorando assim, sua qualidade de vida.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association [ADA]. (2012). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 35(1), S64-S71. doi:10.2337/dc12-s064
- Almeida, H. O., Versiani, E. R., Dias, A. R., Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 18(1), 57-67.
- Araújo, G. R. (2014). *Baixa adesão ao tratamento de diabetes: Plano de intervenção*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares.
- Assunção T. S., & Ursine, P. G. S. (2008). Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2189-2197. doi:10.1590/S1413-81232008000900024
- Azevedo, R., & Paz, M. (2006). A prevalência de Hipertensão Arterial em idosos atendidos no centro de convivência para idosos em Cuiabá. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 9, 101-115. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4788/2695>.
- Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(2), 272-279. doi:10.1590/S0104-07072011000200008
- Ministério Saúde. (2006). Diabetes mellitus. *Caderno de Atenção Básica*, (16). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF
- Ministério da Saúde. (2011). *Vigitel Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf

- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34(2), 338-40. doi:10.2337/dc10-1779
- Casseb, M.S., Bispo, M.S.M., & Ferreira, E.A.P. (2008). Automonitoração e Seguimento de Regras Nutricionais em Diabetes: Dois Estudos de Caso. *Interação em Psicologia*, 12(2), 223-233. doi:10.5380/psi.v12i2.10392
- Costa, J. A., Balga, R. S. M., Alfnas, R. C. G., & Cotta, R. M. M. (2011). Promoção da saúde e diabetes: Discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001-2009. doi:10.1590/S1413-81232011000300034
- Costa, K. S., Barros, M. B. A., Francisco, P. M. S. B., César, C. L. G., Goldbaum, M., & Carandina, L. (2011). Utilização de medicamentos e fatores associados: Um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 649-658. doi:10.1590/S0102-311X2011000400004
- Espírito Santo, M. B., de Souza, L. M. E., de Souza, A. C. G., Ferreira, F. M., Silva, C. N. M. R., & Taitson, P. F. (2012). Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista*, 15(1), 88-101. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275/3655>.
- Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I., & David, D. (2011). How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health Beliefs and diabetes self-care. *The Diabetes EDUCATOR*, 37(3), 392-408. doi: 10.1177/01457217111403012
- Gil, G. P., Haddad, M. C. L., & Guariente, M. H. D. M. (2008). Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 29(2), 141-154. doi:10.5433/1679-0367.2008v29n2p141
- Gimenes, H. T., Zanetti, M. L., Otero, L. M., & Teixeira, C. R. S. (2006). O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(3), 317-325. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v5i3.5034
- Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J., & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes Melito: Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 46(1), 16-26. doi:10.1590/S0004-27302002000100004

- Grillo, M. de F. F., & Gorini, M. I. P. C. (2007). Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 49-59. doi:10.1590/S0034-71672007000100009
- Grilo, M. R. M., Sousa, C., & McIntyre, T. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 281-289. Recuperado de <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/574/2238>.
- Kluber-Ross, E. (2012). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14.ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Pereira, J. G., Cardoso, M. I., & De Moraes, M. A. M. (2011). Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 2(1), 277-290. <http://dx.doi.org/10.18673/gsv.v2i1.23112>
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1105-1112. doi:10.1590/S0104-11692007000600008
- Santos, L. A. S. (2008). *O corpo, a comer e a comida: Um estudo sobre as práticas alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia*. Salvador, BA: EDUFBA.
- Silveira, J. A. A., Resende, H. M. P., Filho, A. M. L., & Pereira, J. G. (2010). Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na unidade de saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá em MT: reflexões para a equipe de saúde. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 43-49. Recuperado de https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/05_Original_Caracteristica.pdf.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*, 2(2), 33-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242124002>.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2007). *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro, RJ: Diagraphic.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2009). *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes* (3. ed.). Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica.
- Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. L., Silva, D. M. G. V., Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20(4), 751-757. doi:10.1590/S0104-07072011000400014

- Torres, H. C., Pace, A. E., & Stradioto, M. A. (2010). Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 48-54. doi:10.5380/ce.v15i1.17144
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

Sobre os autores

Sandra Araújo da Silva é graduada em psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), Brasília, DF. sandra.a.silva12@gmail.com

Sergio Henrique de Souza Alves é mestre e doutor pela Universidade de Brasília (UnB). Professor do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), onde ministra aulas na graduação e no mestrado em psicologia. No mestrado trabalha na linha de pesquisa: O impacto do modo de vida e emoções no controle da diabetes. sergiohenrique.alves@gmail.com

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo.

A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue: Sandra Araújo da Silva e Sergio Henrique de Souza Alves contribuíram para a conceitualização e visualização do artigo; Sandra Araújo da Silva realizou a investigação e redação inicial do artigo (rascunho). Sandra Araújo da Silva e Sergio Henrique de Souza Alves foram os responsáveis pela redação final (revisão e edição).

Recebido em: 12/08/2016

1ª revisão em: 06/02/2017

Aceito em: 10/07/2017